

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N^o 496

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre JUNGNE

Né le 20 janvier 1907, à Verneuil (Eure)

Ancien interne de l'Hôpital Bon-Secours de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

LOI DES ASSURANCES SOCIALES

L'ASSURANCE MALADIE
L'ASSURANCE MATERNITÉ
LEUR FONCTIONNEMENT
LES PREMIERS RÉSULTATS

Président : M. BALTHAZARD, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931

803

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre JUNGNE

Né le 20 janvier 1907, à Verneuil (Eure)

Ancien interne de l'Hôpital Bon-Secours de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

LOI DES ASSURANCES SOCIALES

L'ASSURANCE MALADIE

L'ASSURANCE MATERNITÉ

LEUR FONCTIONNEMENT

LES PREMIERS RÉSULTATS

Président : M. BALTHAZARD, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931

DOYEN... M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	GREGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	{ DELBET.
	{ CUNÉO.
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire	{ MAUCLAIRE.
	{ MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) Pathologie médicale.
 BROcq . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULE . . . Pathologie médicale.
 BUSQUET . . Pharmacologie.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DOGNON. . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN. . Anatomie pathologique.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.

MM

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI Neuro-psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MILLOT . . . Histologie.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU. . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 OBERLING. . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET. . . . Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 SÉZARY . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GUÉNIOT. . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . Obstétrique.
 LEROUX. . . Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie
 RETTERER. . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physiologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI. . . . Clinique médicale.
 CHIRAY. . . . Clinique médicale.
 DEBRÉ. . . . Clinique médicale.
 DUVOIR. . . . Clinique médicale.
 BASSET. . . . Clinique chirurgicale
 CHEVASSU. . . Clinique chirurgicale
 HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.

MM.

MATHIEU. . . Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT. . . Clinique chirurgicale.
 PROUST. . . . Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ. . . Clinique chirurgicale.
 LE LORIER. . . Clinique chirurgicale.
 LEVY-SOLAL. Clinique obstétricale.
 METZGER. . . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, Agrégé .	Stomatologie,
LEDoux-LEBARD.	Education physique.
WEIL-HALLÉ.	Radiologie clinique
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR BALTHAZARD

Doyen de la Faculté de Médecine

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse.*

P. Jungné

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE
DE PARIS

1924. M. LE PROFESSEUR GOSSET
1925. M. LE PROFESSEUR ACHARD
1926. M. LE DOCTEUR CLAISSE
1927. M. LE DOCTEUR RENÉ BÉNARD
1928. M. LE PROFESSEUR CATHALA
M. LE PROFESSEUR GUILLAIN
1929. M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE
M. LE PROFESSEUR GOUGEROT
1930. M. LE PROFESSEUR CLAUDE
M. LE PROFESSEUR TERRIEN
M. LE PROFESSEUR SÉBILEAU
M. LE PROFESSEUR LEGUEU

A MES MAITRES DE L'HOPITAL BON-SECOURS DE PARIS

Internat :

- M. LE DOCTEUR DU CASTEL
M. LE DOCTEUR COFFIN
M. LE DOCTEUR THOMAS

A MON PÈRE

In memoriam

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES AMIS

AU DOCTEUR ET A M^{me} JEAN TISNÉ

MON BEAU-FRÈRE ET MA SŒUR

*Auxquels je dois tant.
En témoignage de ma profonde
reconnaissance.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA LOI DES ASSURANCES SOCIALES

INTRODUCTION

La loi des assurances sociales votée le 5 mars 1928, modifiée par les lois du 5 août 1929 et du 30 avril 1930, additionnée des décrets portant règlement d'administration publique est appliquée depuis le 1^{er} juillet 1930.

Depuis le 1^{er} juillet 1930 les assurés sociaux paient leur cotisation, depuis le 1^{er} octobre 1930 ils bénéficient des avantages auxquels leur donne droit l'assurance.

Si l'on en juge d'après l'abondance de la littérature et d'après la violence des polémiques que cette loi a fait naître on se rend compte de son importance tant aux yeux du corps médical que du pays tout entier.

Profitant de l'apaisement, que peut amener une année de recul aux discussions les plus passionnées, laissant à d'autres plus qualifiés ou plus combatifs le soin d'épiloguer sur le principe même et sur l'opportunité des assurances sociales, notre but sera

dans ce modeste travail d'étudier le fonctionnement des modalités de la loi, au point de vue de l'assurance maladie et de l'assurance maternité qui seules actuellement fonctionnent. Nous n'étudierons que les articles de la loi qui intéressent le corps médical, nous laisserons volontairement en dehors de cette étude l'ensemble du système institué par la loi. Chacun sait aujourd'hui quelles sont les différentes catégories de travailleurs appelées à en bénéficier et connaît, tout au moins sommairement, les règles applicables à l'immatriculation des assurés et au paiement de leurs cotisations.

Par la suite nous essayerons d'entrevoir en nous penchant sur les rouages complexes de cette énorme machine comment fonctionne la loi depuis un an, quels sont les points où les frictions sont les plus fortes, quels sont les organes où les grincements sont les plus perceptibles.

Certes, il serait actuellement présomptueux, alors que cette nouvelle organisation n'en est encore qu'à ses premiers débuts, de vouloir porter un jugement définitif en se basant sur les premiers résultats. Nous nous efforcerons cependant en analysant les premiers résultats, d'un point de vue strictement médical, d'essayer de prévoir ce que nous réserve l'avenir.

Une unanimité générale même parmi les apôtres de la loi des assurances sociales s'est faite sur ce principe, qu'après un certain temps de fonctionnement de la loi certaines retouches et certaines addi

tions seraient indispensables. Le D^r Chauveau écrivait lui-même.

« Observons d'abord qu'assurément la loi est perfectible. C'est le propre des lois sociales d'être remises sur le chantier, car il est nécessaire d'adapter les textes à la souplesse des faits. »

M. Tardieu, lui-même, président du Conseil lors du vote de la loi en avril 1930, disait : « Retenons que quand on vote une loi comme celle-ci elle ne peut être parfaite parce que avant qu'elle ait fonctionné, on est forcé de raisonner sur des hypothèses. Ce qu'il faut c'est que la loi fonctionne. Quand elle aura fonctionné nous pourrons avec la même objectivité dont la Chambre a fait preuve, dans ce dernier débat préciser qu'elles sont les rectifications à y apporter. Nous serions empêchés de le faire tant que le fonctionnement de la loi ne nous aura pas apporté la consécration de l'expérience ». Certes l'expérience d'un an n'est pas suffisante pour que dès maintenant on puisse apporter à la loi toutes les rectifications qui seront nécessaires, cependant, dès maintenant, des modifications s'avèrent indispensables et nous signalerons au cours de ce travail les rectifications que l'usage de la loi montre les plus urgentes.

GENÈSE DE LA LOI

L'assurance sous toutes ses formes (incendie, vol, accident, mortalité) a pris au cours de ce dernier siècle une extension considérable. Parallèlement se développait dans le public les grandes idées de solidarité sociale. De là au principe de l'assurance sociale il n'y avait qu'un pas. C'est Clemenceau qui le premier, en 1885, fit inscrire les assurances sociales dans le programme du parti radical. Après la guerre, l'exemple des grandes nations étrangères et de l'Alsace-Lorraine a eu une action décisive dans la préparation du projet de loi.

La Chambre élue en 1920 vota le principe des assurances sociales un peu avant la fin de sa législature. La Chambre de 1924 peu avant sa séparation vota la loi des Assurances sociales du 5 avril 1928. Le corps médical était alors divisé. Cependant, devant le danger que les premiers projets d'assurance sociale faisaient courir à leur profession les différents groupements médicaux adoptèrent une attitude commune. Le 30 novembre 1927 un congrès réunissant les membres de l'Union des Syndicats médicaux de France, de la Fédération Nationale des Syndicats médicaux de France et du Groupement des médecins

spécialisés prenait à la presque unanimité les résolutions suivantes qui constituent ce qui fut appelé « La charte du corps médical » et qui servit au corps médical de point de base pour les discussions ultérieures.

« La loi, le règlement d'administration publique ou les contrats ne devront comporter aucune disposition contraire aux principes définis ci-dessous.

1^o Le libre choix, étant entendu que tous les médecins syndiqués ou non peuvent participer aux soins à condition qu'ils acceptent les clauses du contrat et la juridiction du conseil de famille syndical.

2^o Le respect absolu du secret professionnel qui ne devra être violé, ni directement, ni indirectement ;

3^o Le droit à des honoraires pour tout malade soigné soit à domicile, soit à l'hôpital ou dans tout autre établissement de soins.

La loi du 5 mars 1928 ne donna pas au corps médical les apaisements qu'il attendait. Le ministre du Travail d'alors, M. Loucheur, essaya néanmoins d'obtenir la collaboration médicale en promettant qu'il serait tenu compte des revendications dans la rédaction du règlement général d'administration publique et des différents textes réglementaires prévus par la loi. Pour arriver à ce résultat, le ministre constitua une commission extra-parlementaire, comprenant des représentants des groupements médicaux et pharmaceutiques. Cette com-

mission était chargée de donner son avis sur toutes les questions qui lui seraient soumises au sujet du règlement d'administration publique. Mais, les conclusions de cette commission ne furent pas adoptées, le Conseil d'Etat ayant estimé certaines d'entre elles incompatibles avec le texte de la loi.

De nouveaux pourparlers furent engagés directement entre le ministre et les dirigeants des syndicats médicaux, mais ils n'aboutirent pas et la publication du décret du 30 mars 1929, portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 5 avril 1928, ne fit qu'aggraver le mécontentement des médecins.

A cette époque, le corps médical se trouvait dans une situation périlleuse puisqu'il refusait de collaborer à une loi, qui devait entrer en application sous peu, et qui intéressait, d'après les évaluations, plus de la moitié de la clientèle des médecins.

Heureusement, entre temps, les différents groupements médicaux avaient mis fin à leur divergence de vues et en décembre 1928, la Confédération des Syndicats médicaux français s'était constituée, groupant, par l'intermédiaire des syndicats locaux, plus des trois quarts des médecins exerçant en France. C'est à celle-ci, présidée par le Professeur Balthazard, qu'allait incomber désormais la tâche de continuer la lutte au nom du corps médical tout entier.

Le 2 juin 1929, l'Assemblée générale de la Confédération renouvelait en les précisant les vœux expri-

més antérieurement par les syndicats médicaux.

Voici le texte de l'ordre du jour qui fut adopté à l'unanimité :

« L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, réunie le 2 juin 1929 ;

« Après avoir pris connaissance des pourparlers engagés, à la demande du ministre, par le bureau de la Confédération des Syndicats médicaux français, au sujet de la loi des Assurances sociales ;

« Déclare :

« 1° Ne pas accepter les propositions du ministre, celles-ci ne permettant pas l'exercice d'une médecine saine et morale ;

« 2° S'en tenir aux conditions établies par le Congrès des Syndicats médicaux en juillet 1927 et par l'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, en décembre 1928, à savoir :

a) Habilitation par la Confédération des Syndicats médicaux français des syndicats qui, seuls, pourront contracter avec les caisses ;

b) Le libre choix, étant entendu que tous les médecins, syndiqués ou non, peuvent participer aux soins s'ils acceptent les clauses du contrat et la juridiction du Conseil de famille syndical, avec le droit d'appel devant la Confédération des Syndicats médicaux français ;

« Ce libre choix ne sera pas limité aux soins à domicile ;

« c) Respect absolu du secret professionnel qui ne devra être violé ni directement, ni indirectement ;

« d) Droit à des honoraires pour tout malade soigné, soit

à domicile, soit à l'hôpital ou dans tout autre établissement de soins. Cette question sera l'objet d'une étude ultérieure en ce qui concerne les établissements visés par la loi de 1851 ;

« e) Entente directe entre le médecin et le malade avec paiement direct par celui-ci des honoraires habituels ;

« f) Liberté de thérapeutique et de prescription, l'intérêt technique du traitement devant primer le facteur économique ;

« g) Contrôle des malades par les caisses, des médecins par le syndicat et commission d'arbitrage en cas de désaccord ;

« h) Nécessité de représentation suffisante du syndicat dans les commissions techniques organisées par les caisses pour l'organisation technique de tout établissement de soins ;

« 3° Déclare que la Confédération des Syndicats médicaux français n'apportera sa collaboration au fonctionnement des assurances sociales que si les conditions ci-dessus énumérées sont en totalité inscrites dans un texte de loi ».

Pour assurer le triomphe de ces revendications il était demandé à tous les médecins français syndiqués ou non syndiqués de prendre l'engagement d'honneur de ne pas collaborer à l'application de la loi tant que celle-ci n'aurait pas été modifiée conformément aux vues du corps médical.

Les efforts des médecins furent en partie couronnés de succès. Les rédacteurs de la loi du 30 avril 1930 surent s'inspirer dans une large mesure des

vœux des syndicats médicaux. D'autre part on ne manqua pas de tenir compte de leurs suggestions pour la rédaction des textes réglementaires concernant l'assurance-maladie.

Enfin une place fut faite aux médecins dans la commission consultative qui fut chargée de l'établissement des projets de contrats-types entre les caisses d'assurance et les syndicats professionnels de praticiens. Ces résultats considérables obtenus grâce à la tenacité des représentants du corps médical faisait écrire en mai 1930 au professeur Balthazard :

« Il n'en est pas moins vrai que le rectificatif du 1^{er} mai 1930 apporte des améliorations considérables en comparaison des textes précédents. Théoriquement, tout au moins, on peut dire que le législateur a accepté la charte du corps médical.

« Dans le rapport du Secrétaire général, publié ci après, on trouvera la preuve évidente des avantages qui nous sont accordés. Je les résumerai sommairement :

« En ce qui concerne *le libre choix*, le principe en est formellement inséré dans la loi et l'application s'arrête seulement à la porte de la salle commune de l'hôpital public. L'habilitation des syndicats médicaux aptes à traiter avec les Caisses est également accordée, peut-être pas aussi complètement que nous l'avions demandée, mais avec la possibilité d'un appel que nous ne pouvions guère rejeter.

« *Le respect du secret professionnel* n'est pas inscrit dans la loi, mais aucune disposition contraire à l'article 378 n'a

été adoptée ; de plus, dans les commentaires, il est partout affirmé, en particulier par le rapporteur M. le Dr Grinda, qu'il ne sera fait aucune dérogation au secret professionnel. Tel n'était pas l'avis de personnages influents dans les commissions où nous avons été appelés à siéger et il a fallu produire de nombreux arguments pour que fussent écartées les dispositions projetées, qui obligeaient le médecin traitant à révéler le diagnostic.

« Ce n'est pas non plus sans peine que l'amendement Dron a pu être rectifié et que le droit aux honoraires a été admis pour tout acte médical tant en ville qu'à l'hôpital ou dans tout autre établissement de soins ; le nouveau texte de la loi est formel sur ce point et nous avons obtenu satisfaction complète.

« Quant à *l'entente directe*, elle fut acquise assez facilement, mais avec le système de la liberté contractuelle, qui laissait vivre à côté d'elle le tiers payant dont le Corps médical redoutait avec raison les méfaits. C'est peut-être sur ce point que la discussion a été la plus ardue ; néanmoins, le tiers payant a complètement disparu de la loi. Le rapporteur, M. le Dr Grinda, l'affirme et c'est exact.

« Les prescriptions médicamenteuses sont laissées à l'initiative des médecins, qui conservent la liberté d'ordonner les médicaments suivant les lois existantes. C'est la formule même insérée dans la loi et qui satisfait à notre principe de *liberté de thérapeutique*.

« Le *contrôle des abus* commis par les médecins est laissé aux conseils de famille des syndicats, aussi bien pour les syndiqués que pour les non-syndiqués. Il est bien certain

que les syndicats puiseront dans cette disposition une grande force morale.

« Enfin, pour n'être pas aussi importante qu'il eût été souhaitable, *la représentation des médecins* est assurée dans toutes les commissions prévues par la loi, commission tripartite départementale, commission supérieure des Assurances sociales, etc.

« Malgré les réserves exposées plus loin, il semble donc que nous ayons obtenu satisfaction sur tous les points. L'œuvre de la Confédération apparaît des plus honorables, quand on compare les textes de l'ancienne loi à ceux qui sont actuellement adoptés ; on peut dire que sur tous les points essentiels, l'opinion du Parlement, qui était contraire aux desiderata des médecins, a été entièrement retournée. Alors qu'au début on émettait la prétention d'élaborer la loi, sans tenir compte de notre avis, on en est venu à déclarer solennellement que la loi doit fonctionner avec notre concours absolu et même qu'elle ne peut être viable s'il subsiste le moindre désaccord entre les Caisses et les Syndicats médicaux. »

Néanmoins le corps médical ne pouvait être complètement satisfait car sur de nombreux points les garanties qui étaient données étaient plus apparentes que réelles. De plus la loi laissait dans l'ombre d'importants problèmes, un des points les plus délicats résidait dans la création par les caisses d'établissement de soins ; que cachait cette formule ?

Ne dissimulait-elle pas dans l'hypothèse de son extension une arme terrible de domination.

Quoiqu'il en fut le corps médical se vit dans la nécessité quand approcha la date d'entrée en vigueur des assurances sociales de prendre une décision de principe au sujet de la collaboration à la loi.

La Confédération des Syndicats Médicaux convoqua spécialement une Assemblée Générale qui se tint le 27 juillet 1930. Les discussions y furent vives, car nombreux étaient encore les médecins opposés à la collaboration. Tous, d'ailleurs, se montraient assez désillusionnés et pleins d'appréhension pour l'avenir. L'état d'esprit général paraît avoir été exactement résumé par M. le Dr Cibrie, Secrétaire Général de la Confédération, lorsqu'il dit « Nous n'avons
« pas pu faire de la loi d'assurances sociales une loi
« qui soit un bienfait pour le corps médical. C'est
« une loi que nous avons à subir. Il faut nous orga-
« niser pour y vivre le plus à l'aise possible, en gar-
« dant notre dignité et notre liberté. C'est tout ce
« que nous pouvons espérer ».

Devant les graves conséquences qu'aurait pu entraîner leur refus, les membres de l'Assemblée finirent par se décider, d'ailleurs sans enthousiasme pour la collaboration. Il se rallièrent, par 13.001 voix contre 1.668, à l'ordre du jour suivant :

« La Confédération des Syndicats Médicaux fran-
« çais, réunie en Assemblée générale Extraordinaire
« le 27 juillet 1930, après examen de la loi du 30 avril
« 1930, du règlement d'administration publique, et
« des conventions-types syndicats-caisses et caisses
« établissements hospitaliers.

« Regrettant de ne pas voir réaliser de façon plus
« complète certains desiderata essentiels énumérés
« dans la « Charte » du Corps Médical en face des
« lois sociales, mais désireuse de permettre l'expé-
« rience loyale du fonctionnement d'une loi sociale
« de cette importance, décide de collaborer « à titre
« d'essai » au fonctionnement de la dite loi. A titre
« d'essai, c'est-à-dire : sous réserve que les principes
« essentiels du libre choix, de l'entente directe, de
« l'habilitation, etc... ne soient pas, en fait, rendus
« caducs ou inopérants et que les desiderata émis
« par l'assemblée concernant les garanties d'hospi-
« talisation figureront dans le rapport annexé à la
« convention hospitalisation. »

Mais les inquiétudes du corps médical ne sont pas calmées. Il redoute que l'application pratique de la Loi lui ménage des surprises désagréables. En n'accordant sa collaboration qu'à titre d'essai, il a voulu réserver l'avenir, MM. les D^{rs} Cibrie et Hilaire ont traduit sa pensée en ces termes : « Si l'esprit d'entente, « de collaboration franche, règne dans les Conseils « des Caisses comme chez nous, cet essai sera fruc- « tueux et nous pourrons espérer voir la loi tourner « bientôt à régime normal.

« Si, au contraire, il nous était démontré que, dans « la pratique, par des moyens plus ou moins détour- « nés, les caisses, dans leur puissance, tentent de « nous retirer, en fait, certains avantages essentiels « péniblement acquis par nous, alors nous devrions,

« à ce moment, déclarer l'essai terminé. Nous aurions
« prouvé notre loyalisme et notre bonne foi ; nous
« pourrions, la tête haute, braver les manifestations
« de l'opinion publique. »

La Loi

La lecture de la loi est difficile, bien des articles n'intéressent pas le corps médical et les articles qui l'intéresse sont dispersés en divers chapitres. D'autre part la loi a été complétée, par des interprétations qui en ont été faites au cours de la discussion devant le Parlement, par les règlements d'administration publique, par des décrets, par les conventions types syndicats — Caisses.

Nous nous sommes donc efforcés dans la suite de ce travail de résumer et de grouper ce qui peut dans tous ces textes administratifs intéresser le corps médical.

Quels sont les affiliés et bénéficiaires qui se réclament des assurances sociales.

A. Les assurés obligatoires.

Ce sont tous les salariés de l'un et l'autre sexe de moins de soixante ans dont la rémunération totale annuelle (qu'elle qu'en soit la nature) ne dépasse pas 15.000 francs. Ce chiffre est porté à 18.000 dans les villes de plus de deux cents mille habitants et dans certaines circonscriptions industrielles dont la

liste est déterminée par le Ministre du Travail. Ce chiffre est augmenté, pour tout enfant âgé de plus de six semaines et de moins de seize ans, à la charge de l'assuré, de 2.000 francs pour un enfant, 4.000 frs. pour deux enfants et porté à 25.000 francs pour trois enfants ou davantage. Les salariés étrangers ayant une résidence réelle et permanente en France sont affiliés au même titre que les français aux assurances sociales. Toutefois ils n'ont pas droit à certaines allocations comme les charges de familles.

B. Les assurés facultatifs.

Sont compris dans cette catégorie, tous ceux qui sans être salariés vivent principalement du produit de leur travail, à condition qu'ils soient de nationalité française et que le produit annuel de leur travail n'excède pas les chiffres limites indiqués ci-dessus pour les assurés obligatoires.

Ces assurés obligatoires ou facultatifs sont d'après leur salaires classés en cinq catégories. Le montant des cotisations est en principe de 8 % du salaire de base de la catégorie à laquelle on appartient. Les assurés sont groupés suivant leur choix en des caisses primaires. Ceux qui ne sont pas inscrits à une caisse primaire sont affiliés d'office à la caisse départementale.

Sous réserve de remplir certaines conditions les assurés bénéficient de :

l'assurance maladie,
l'assurance maternité,
l'assurance invalidité,
l'assurance vieillesse,
l'assurance décès.

Conventions entre les Caisses et les syndicats de médecins

La loi prévoit que les conditions dans lesquelles les soins doivent être dispensés aux assurés fait l'objet de conventions entre les caisses primaires et les syndicats médicaux. Des projets types de convention ayant reçu l'approbation du Ministre du Travail ont été publiés au *Journal officiel* (8 août 1930). Les conventions entre caisses et syndicats déterminent « les modalités d'application de la Loi ». Ces conventions sont signées pour un an, elles règlent les conditions du contrôle technique par le syndicat et elles publient mais seulement à titre indicatif, le tarif syndical minimum et le tarif de responsabilité de la caisse. Nous étudierons ce tarif avec la question des honoraires médicaux.

Au début de l'application de la loi ces conventions ont donné lieu avant d'être signées à de longues discussions entre les syndicats et les caisses. Nous verrons qu'actuellement des accords sont intervenus dans la majorité des cas et que de nombreuses conventions syndicats-caisses sont signées.

Pour pouvoir contracter avec les caisses, les syndicats de praticiens doivent « être habilités par leurs groupements nationaux ».

Le législateur n'a pas précisé ce qu'il entendait par « groupements nationaux ». Actuellement, il n'existe qu'un seul groupement national de Syndicats de médecins : la Confédération des Syndicats médicaux français.

L'habilitation n'est accordée par la Confédération que sous réserve de l'approbation du Conseil supérieur des assurances sociales.

D'autre part, pour éviter tout ostracisme injustifié, une voie de recours est ouverte aux syndicats auxquels l'habilitation est refusée ; « Dans le cas où
« un avis défavorable à l'habilitation aurait été don-
« né par le groupement national intéressé, le syn-
« dicat professionnel pourra faire appel devant la
« section médico-pharmaceutique du Conseil supé-
« rieur des assurances sociales. Au cas où cette sec-
« tion confirme l'avis du groupement national, il n'y
« a pas lieu à l'habilitation. Dans le cas contraire,
« il est prononcé sur l'habilitation par le Conseil
« supérieur des assurances sociales. »

Une liste de syndicats de médecins habilités a été publiée au *Journal officiel* du 28 septembre 1930. Cette liste ne comprend qu'un seul syndicat par département. La Confédération a décidé en effet
« de refuser l'habilitation aux petits syndicats mino-
« ritaires ; certains pouvant être formés de méde-
« cins peu recommandables ; d'autres d'un groupe
« manifestement formé pour fausser le fonctionne-
« ment normal de la loi, d'autres enfin pouvant être
« formés de médecins honorables, mais en nombre

« insuffisant et représentant une minorité dans le
« cadre du département. » (1)

En raison de l'unité qui règne actuellement au sein du Corps Médical, il est probable que les demandes d'habilitation émanant de Syndicats dissidents seront très rares. Dans ces conditions les caisses n'ont pas la faculté de choisir le Syndicat de médecins avec lequel elles contractent.

Le Syndicat qui traite avec une caisse primaire n'agit pas seulement au nom de ses membres ; il représente l'ensemble des médecins exerçant sur le territoire correspondant ; il est pris en quelque sorte comme leur gérant d'affaires. Tous ces médecins peuvent se prévaloir des dispositions de la convention, à la seule condition de se soumettre au contrôle technique exercé par le Syndicat contractant.

On voit l'importance donnée aux Syndicats habilités. Ceux-ci vont voir augmenter le nombre de leurs adhérents. Beaucoup de médecins qui, jusqu'alors, n'avaient pas jugé utile de se syndiquer, voudront en faire partie, pour pouvoir discuter les conditions des contrats qui leur seront applicables et l'organisation du contrôle auquel ils seront soumis.

Les assurances sociales auront ainsi pour conséquence de fortifier le syndicalisme médical qui, dans certaines régions était encore embryonnaire il y a quelque temps. La Confédération des Syndicats

1. *Guide pratique*, par les D^{rs} Cibrice et Hilaire.

médicaux s'en félicite : « La loi, dit-elle, donne
« pour la première fois aux Syndicats médicaux,
« auxquels elle fait largement confiance, des préro-
« gatives que nous voulons souligner ; et, si elle
« nous donne la lourde charge matérielle et morale
« du contrôle technique, elle remet entre nos mains
« une certaine autorité ».

En l'absence de conventions, caisses et patriciens s'ignorent ; les médecins sont entièrement libres dans leurs rapports avec les assurés ; seuls ces derniers sont en contact avec les caisses. Comme on l'a justement fait remarquer, c'est le régime de l'entente directe absolue ; aussi cette solution avait-elle tout d'abord séduit beaucoup de médecins. Mais aujourd'hui, la plupart des dirigeants des syndicats médicaux estiment qu'elle comporte de graves dangers ; ils craignent qu'elle permette aux caisses de s'organiser de façon à faire échec à leurs revendications, aussi les syndicats ont-ils fait tous leurs efforts pour amener les caisses à contracter.

L'Assurance Maladie.

Conditions préalables que doit remplir l'assuré pour pouvoir bénéficier de l'assurance maladie.

L'assuré doit avoir cotisé soixante jours durant les trois mois antérieurs ou deux cent quarante jours durant les douze mois précédant la maladie. Il faut et il suffit que l'assuré satisfasse à l'une ou l'autre de ces conditions.

Lorsqu'un assuré ne travaille pas pour cause de maladie ces journées de maladie sont décomptées comme journées de cotisation. L'assuré qui remplit ces conditions bénéficie de l'assurance maladie et a droit aux prestations en nature et aux prestations en argent.

Prestation en nature.

L'assuré n'est pas seul à bénéficier des prestations en nature son conjoint et ses enfants qui sont à sa charge, non salariés et âgés de moins de seize ans, en bénéficient aussi. Pour avoir recours à l'assurance maladie il suffit que le bénéficiaire soit atteint « d'une lésion organique quelle qu'en soit l'origine d'ordre pathologique ou traumatique ». De plus

l'assuré bien portant peut demander tous les cinq ans un examen de sa santé aux frais de sa caisse.

La définition très large « de lésion organique d'ordre pathologique ou traumatique » comprendrait les accidents du travail et les maladies professionnelles, la loi apporte sur ces sujets des restrictions.

L'assurance ne couvre pas les conséquences des maladies ou blessures « indemnisées ou susceptibles d'être indemnisées par application des dispositions légales relatives aux accidents du travail ».

Des difficultés se produiront sûrement à ce sujet et il est à craindre que dans certains cas, l'assuré ne pourra être soigné, ni au compte des accidents du travail, ni au compte de l'assurance maladie et devra se soigner à ses frais. La solution la meilleure pour nous serait que le blessé en tous les cas litigieux soit soigné au compte de l'assurance maladie et que sa caisse se réserve un recours contre le patron ou la compagnie d'assurance quand elle estime qu'elle est en présence d'un accident de travail.

C'est cette solution qui d'ailleurs a été adoptée dans la loi pour les maladies professionnelles. Ces questions ont pour le médecin une grosse importance, dans le cas d'un accident de travail, il doit en effet pour les honoraires s'adresser à un tiers payant, la compagnie d'assurance, dans l'autre cas il doit être réglé directement par le malade.

Les prestations en nature comprennent :

1° Les soins médicaux ;

- 2° Les frais d'intervention chirurgicale ;
- 3° Les soins dentaires ;
- 4° Les frais pharmaceutiques et d'appareil ;
- 5° Les frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de cure ;
- 6° Les frais de transport des malades.

Ces prestations sont dues aux bénéficiaires pendant une période de six mois à partir de la date de début de la maladie. Toute rechute survenue dans les deux mois est considérée comme la continuation de la maladie primitive. Si au contraire l'intéressé est atteint d'une maladie nouvelle même moins de deux mois après la guérison de la première, il a droit aux prestations pendant une nouvelle période de six mois. Mais que décider si la nouvelle affection survient alors que le traitement de la première n'est pas encore terminé.

On admet que dans cette hypothèse les prestations doivent cesser à l'expiration de la première période de six mois, comme s'il s'agissait d'une seule maladie.

Cette interprétation nous semble la seule capable d'empêcher de nombreux abus.

Il serait en effet facile de prétendre au bout de quelques mois d'évolution d'une maladie qu'il s'agit d'une affection différente alors que l'on se trouverait seulement en présence soit d'une complication, soit d'une forme clinique spéciale de la maladie en cause.

Prestations en argent

Elles sont dues aux seuls assurés, pour toutes les maladies ou blessures entraînant une incapacité de travail à l'exception des maladies ou blessures indemnisées au titre des accidents du travail et de celles résultant d'une faute intentionnelle. C'est au médecin traitant qu'il est donné d'apprécier l'incapacité de travail. Ces prestations en argent sont égales par jour ouvrable à la moitié du salaire de base, elles ne sont payées qu'à partir du sixième jour jusqu'à la fin de la maladie. Si l'assuré a au moins trois enfants à sa charge elles lui sont payées à partir du quatrième jour.

En cas d'hospitalisation les indemnités journalières sont réduites de un tiers si l'assuré a au moins un enfant à sa charge, de la moitié s'il est marié sans enfant, des trois quarts s'il est célibataire.

L'indemnité totale journalière s'élève à :

Pour les assurés de la 1 ^{re} catégorie :	3 francs
— 2 ^e —	6 francs
— 3 ^e —	9 francs
— 4 ^e —	12 francs
— 5 ^e —	18 francs

Assurance Maternité.

L'assuré ou la femme de l'assuré bénéficie des prestations en nature (médicale et pharmaceutique) au cours de la grossesse et des six mois qui suivent l'accouchement, dans les conditions de l'assurance maladie. De plus, dans le cas d'une assurée, il est alloué une indemnité journalière de la moitié du salaire six semaines avant et six semaines après l'accouchement, à condition que l'assuré, cesse tout travail et qu'elle ait cotisé 60 jours durant les trois mois antérieurs au début de la grossesse. Pour les assurées seulement des allocations mensuelles d'allaitement sont prévues s'élevant à :

150 francs pendant les quatre premiers mois.

100 francs pendant les 5^e et 6^e mois.

50 francs pendant les 7^e, 8^e et 9^e mois ;

L'assurée qui ne peut allaiter a droit à des bons de lait. Leurs valeurs n'excèdent jamais les $\frac{2}{3}$ de la prime d'allaitement.

Mais l'assurance-maternité ne doit jouer que si la grossesse est normale. En cas de grossesse pathologique, c'est à l'assurance-maladie qu'il faut avoir recours dès la constatation de l'état morbide.

On doit, semble-t-il, considérer comme patholo-

gique toute grossesse qui est la cause d'un état maladif (ostéomalacie, éclampsie...) ou qui se trouve compliquée du fait d'une affection antérieure (tuberculose, kyste de l'ovaire, fibrome, affections cardiaques...).

Bien que la loi n'ait visé que la « grossesse » pathologique, il est certain que l'assurance-maladie doit être appliquée même si l'état morbide ne survient qu'après l'accouchement (fièvre puerpérale...).

Par contre, il ne faut pas confondre grossesse pathologique et accouchement anormal : l'assurance-maternité peut continuer à jouer en cas d'accouchement dystocique, même si une intervention sanglante est nécessaire. Il en est de même en cas d'accouchement prématuré si celui-ci n'est pas la conséquence d'une grossesse pathologique.

L'assurance-maladie et l'assurance-maternité peuvent être appliquées alternativement si la grossesse est tour à tour normale et pathologique. Elles peuvent même être appliquées simultanément si l'assurée est atteinte d'une maladie n'ayant aucune relation avec la grossesse.

Fonctionnement du système des prestations.

Nous venons de voir dans les chapitres précédents sous quelles conditions les assurés bénéficient des prestations des assurances maladie et maternité. Nous allons maintenant étudier comment un assuré malade peut obtenir ces prestations.

Avant toute autre démarche l'assuré malade doit se faire délivrer une feuille de maladie par la caisse à laquelle il appartient. Après quoi l'assuré choisit son médecin. Tous les médecins ayant le droit d'exercer en France peuvent participer au fonctionnement des assurances sociales. Il n'est pas nécessaire que ce médecin ait adhéré aux conditions d'une convention avec la caisse de l'assuré. Bien que cette condition figure dans le projet type de convention. Sa légalité nous paraît devoir appeler toutes réserves car elle constitue une restriction au libre choix.

Le médecin choisi par l'assuré peut demander des honoraires très élevés, la caisse ne supportera en tous les cas les honoraires du médecin choisi que jusqu'à concurrence du tarif de responsabilité établi par elle. Qu'il s'agisse d'un médecin des hôpitaux de Paris ou du plus modeste praticien la somme remboursée sera la même.

Enfin l'assuré, comme un client ordinaire, a toujours la faculté de quitter son médecin dès que celui-ci a perdu sa confiance. Il peut en changer autant de fois qu'il le désire même en cours de traitement.

Lors de chaque acte médical, le médecin porte sur la feuille de maladie les indications prescrites.

Il indique notamment, lors de la première visite ou consultation, dans la mesure du possible, la durée probable de l'affection et, quand il y a lieu, et s'il s'agit de l'assuré lui-même, la nécessité de l'interruption du travail. Il indique également, dans ce dernier cas, lors de la dernière visite ou consultation, la date à laquelle le travail peut être repris.

La feuille de maladie ne doit porter aucune indication de diagnostic.

Nous venons de voir que l'assuré a le libre choix de son médecin et que sa feuille de maladie ne doit porter aucune indication de diagnostic. Par ces dispositions sont respectées deux des grandes revendications de la charte du corps médical. Le libre choix du médecin et le respect du secret professionnel.

Si l'état du malade exige les soins répétés d'un spécialiste ou une intervention chirurgicale, l'assuré doit se faire délivrer par sa Caisse (qui peut exiger une attestation du médecin traitant et l'intervention du contrôle) une feuille de soins spéciaux ou chirurgicaux. Le médecin spécialiste ou le chirurgien porte sur cette feuille les indications requises dans les mêmes conditions que sur la feuille de maladie. La

délivrance de la feuille de soins spéciaux ou chirurgicaux est nécessaire, même si ces soins sont donnés par le médecin traitant. Si le médecin traitant désire faire appel au concours d'un médecin consultant, il délivre à l'assuré une attestation de la nécessité de la consultation avec un confrère. Sur la vue de cette attestation la caisse délivre à l'assuré une feuille de consultation qui est traitée par le médecin consultant comme la feuille de maladie ordinaire.

Le médecin formule ses ordonnances sur du papier à en-tête, il inscrit au-dessus de l'en-tête le numéro matricule de l'assuré précédé des lettres A. S.

Le traitement.

Le médecin est libre de soigner les assurés comme il l'entend. Arriver à la guérison du malade, tel est le but qu'il poursuit. Il doit employer tous les moyens qui lui paraissent propres à amener cette guérison : « Le médecin, dit la Confédération des « syndicats médicaux, est le premier juge du nombre « des visites et de la nature des soins, aussi bien « que de la quantité et du choix des médicaments.

« Cependant, il ne doit pas perdre de vue que les « assurés sociaux appartiennent à une clientèle « modeste, qui n'est pas habituée à des dépenses « médicales ou pharmaceutiques de luxe. Il n'y a « pas de raison valable pour que, devenue assurée, « elle prenne le goût d'une thérapeutique dispen- « dieuse qui ne serait que du gaspillage. Liberté ne « veut pas dire licence. L'intérêt bien compris du « malade ne conduit pas nécessairement à la dilapi- « dation des deniers de la caisse. Prescrivez donc « ce qu'il faut, mais rien que ce qu'il faut ».

Si la caisse n'a pas à se préoccuper des méthodes thérapeutiques employées, cela ne veut pas dire que le médecin soit dégagé de toute responsabilité sur ce point. En cas de faute lourde, causant un préjudice à la caisse (aggravation de maladie ou invali-

dité), il est responsable vis-à-vis de celle-ci comme vis-à-vis de son client lui-même dans les termes du droit commun. On pourrait d'ailleurs, s'il en était besoin, invoquer contre lui l'article 61 de la Loi, qui donne à la caisse un recours contre le tiers responsable d'un accident ou d'une maladie dont l'assuré est victime.

La liberté de prescription du médecin paraît restreinte par les dispositions de l'article 4, § 5 de la loi qui fixent un maximum au montant des frais médicaux et pharmaceutiques. Pour dépasser ce maximum, il est nécessaire que le médecin traitant obtienne l'accord de la caisse ou à défaut celui de la commission technique sur la nécessité d'un « traitement spécial ».

Mais, même dans ce cas, il ne peut pas être question d'imposer au médecin tel ou tel traitement. Il s'agit seulement de savoir si un traitement spécial (c'est-à-dire un traitement coûteux) est nécessaire et, dans l'affirmative, de déterminer le montant des indemnités supplémentaires qui peuvent être versées à ce titre à l'assuré.

La Loi prévoit que « les prescriptions médica-
« menteuses sont laissées à l'initiative des médecins
« qui conservent la liberté d'ordonner les médica-
« ments conformes aux lois existantes ».

Là encore, le médecin doit agir comme si son client n'était pas couvert par l'assurance : il doit lui prescrire tout ce qu'il juge utile. Mais il doit aussi se garder d'exagérer l'importance de ses

ordonnances sous prétexte que « l'assurance paiera ». La Confédération des Syndicats Médicaux a tenu à mettre en garde les médecins contre cette tendance : « Le médecin devra, dit-elle, veiller en cette matière « à ne pas favoriser les abus, car il n'y a pas de « tarif de responsabilité pour la pharmacie : l'as-
« suré est donc remboursé de la totalité de sa
« dépense pharmaceutique, déduction faite des
« 15 % à sa charge. Cette disposition regrettable de
« la Loi incitera l'assuré à la prodigalité. Le méde-
« cin ne doit pas s'y prêter : la ruine des caisses
« qui s'ensuivrait ne serait un profit pour per-
« sonne ».

D'autre part, le législateur a songé à restreindre la liberté de prescription du médecin en ce qui concerne les spécialités. En raison du prix élevé de la plupart d'entre elles, on a estimé qu'il convenait de ne faire supporter par l'assurance que celles ne pouvant pas être remplacées par des médicaments officinaux ordinaires, d'un effet équivalent et d'un prix plus abordable. La Loi prévoyait qu'une commission spéciale serait « chargée d'établir et de
« tenir à jour la liste des médicaments officinaux
« autorisés ».

Les travaux de cette commission n'ont pas encore abouti et on ne peut espérer les voir aboutir dans un avenir prochain. En attendant les caisses sont très embarrassées. Certaines ne remboursent aucune spécialité. D'autres les remboursent seulement jusqu'à concurrence d'un pourcentage déter-

miné, en général 50 %. D'autres enfin les remboursent intégralement sous la seule déduction du ticket modérateur. Il semble que cette dernière solution soit la seule juridique, car la Loi n'a pas prévu le régime du tarif de responsabilité en ce qui concerne les frais pharmaceutiques ; elle dispose que « le taux de la participation aux frais pharmaceutiques et autres est uniformément fixé à 15 % ».

Indépendamment des médicaments, les médecins peuvent ordonner aux malades les fournitures diverses ou les appareils qu'ils estiment nécessaires. Mais « la délivrance des appareils et accessoires appareils orthopédiques, bandages, lunettes, etc.) n'a lieu que sur avis favorable du médecin contrôleur de la caisse et après décision de celle-ci ».

Le visa du médecin constatant que l'assuré est incapable de travailler permet à ce dernier de recevoir de la caisse des indemnités journalières. C'est en cette matière que les fraudes sont le plus à redouter ; aussi le médecin devra-t-il se montrer particulièrement prudent.

Pour faciliter le contrôle, les conventions et les règlements intérieurs des caisses prévoient en général que le médecin doit préciser, le cas échéant, sur la feuille de maladie, si le malade doit garder la chambre ou même le lit.

Nous ne voulons pas terminer ce chapitre sans citer les sages recommandations faites aux médecins par la Confédération des Syndicats médicaux

par l'organe de MM. les D^{rs} Gibrie et Hilaire : « Le médecin se doit à lui-même et doit à la caisse de ne pas s'écarter de la plus rigoureuse probité. Nous n'envisagerons pas ici le cas du médecin qui trafiquerait à son profit des deniers de la caisse, avec ou sans la complicité du malade : nous n'écrivons pas pour les médecins marrons.

« Mais le médecin sera fréquemment sollicité par l'assuré de truquer la feuille de maladie à l'avantage de ce dernier. Pour se faire rembourser, non plus une partie, mais la totalité de sa dépense médicale, l'assuré demandera au médecin d'inscrire, par exemple, deux visites au lieu d'une, ou de marquer une catégorie supérieure à celle de l'acte médical réellement accompli.

« Le médecin commettrait une faute lourde en écoutant ces suggestions : il se ferait tout simplement le complice d'un abus de confiance au préjudice de la caisse ».

Nous publions ci-dessous le règlement auquel doivent se soumettre les assurés malades d'après le règlement type de l'administration intérieure des caisses :

Art. 43. — « Conformément à la loi, l'assuré choisit librement son praticien. Il ne doit y faire appel qu'en cas de besoin.

« Il ne doit demander la visite du médecin que s'il est dans l'impossibilité de se déplacer. Les visites de nuit et du

dimanche ne doivent être demandées qu'en cas d'urgence.

« Les frais payés par le malade pour se rendre au domicile du praticien sont exclusivement à sa charge.

« Le malade doit faire appel, soit à l'un des médecins de sa commune, soit au médecin le plus rapproché. Il supporte, dans le cas contraire, l'excédent des frais de déplacement du médecin.

« Les malades sont tenus d'observer rigoureusement les prescriptions du praticien, notamment le repos au lit et à la chambre s'il a été ordonné.

« Les malades ne doivent quitter leur domicile que si le médecin le prescrit dans un but thérapeutique. Les heures de sortie autorisées sont inscrites par le médecin sur la feuille de maladie.

« Les médicaments et remèdes seront employés suivant les indications données par le médecin. Les médicaments ne doivent être demandés la nuit aux pharmaciens qu'en cas d'urgence justifiée et constatée par une visite médicale de nuit.

« Les accessoires, tels que béquilles, gouttières, coussins, bassins, etc., peuvent être prêtés aux assurés par la caisse. Ils doivent être maniés avec soin et rendus en bon état après achèvement de la cure.

« L'assuré malade ne doit se livrer à aucun travail rémunérateur ou non, sauf autorisation du médecin traitant.

« Durant la maladie, le malade ne doit pas quitter la circonscription de la section ou du correspondant de la caisse à laquelle il est rattaché. La caisse peut autoriser le déplacement du malade, pour une durée indéterminée, si le médecin traitant l'ordonne dans un but thérapeutique ou

par convenance personnelle justifiée du malade, et après avis du médecin contrôleur.

« Tout changement de résidence doit être signalé par l'assuré au représentant de la caisse.

« A l'hôpital, le malade doit se soumettre aux prescriptions des médecins et au règlement de l'établissement hospitalier où il se trouve.

« Si l'assuré tombe malade hors de sa résidence, mais à l'intérieur de la circonscription de la caisse, il doit s'adresser à la section locale ou au correspondant de la caisse. A défaut de représentant de la caisse, ou si l'assuré tombe malade hors de la circonscription de celle-ci, il doit en aviser le siège social qui lui indique la caisse locale chargée, pour son compte, de lui assurer les prestations et aux prescriptions de laquelle il devra se soumettre.

Art. 44. — La caisse a le droit, à tout moment, de faire contrôler par ses administrateurs, médecins-contrôleurs, visiteurs ou visiteuses, les malades à qui elle sert les prestations maladie.

« Les administrateurs, médecins, contrôleurs, visiteurs ou visiteuses doivent communiquer à la caisse seule les résultats de leur contrôle.

« La caisse se réserve de contrôler tout particulièrement si le malade était fondé à demander une visite à son domicile au lieu d'une consultation chez le praticien, une visite de nuit au lieu d'une visite de jour, une visite le dimanche au lieu d'une visite de semaine et de ne payer la dépense supplémentaire correspondante que si elle a été justement engagée. »

Les Honoraires médicaux.

L'entente directe.

Rien n'est changé par la loi des assurances sociales dans les rapports des médecins et des malades pour le paiement des honoraires. L'assuré social paie comme un client ordinaire. Le médecin marque sur la feuille de maladie l'acte médical effectué. C'est en présentant cette feuille de maladie à sa caisse que le malade sera remboursé de la part que la caisse couvre, suivant son tarif de responsabilité.

Les tarifs des syndicats médicaux, comme les tarifs des caisses, ont prévu un chiffre d'honoraire pour chaque acte médical. A cet effet les actes médicaux sont classés en catégories. Chaque catégorie est caractérisée par un coefficient déterminé. Il suffit de multiplier ce coefficient par un chiffre clé connu pour obtenir l'honoraire applicable à tous les actes compris dans la catégorie considérée. Cette façon de procéder est la seule qui permette de respecter le secret professionnel, en désignant chaque acte médical par le numéro de sa catégorie. Les caisses et les syndicats quand ils signent une convention adoptent les mêmes nomenclatures.

Pour que le but de l'assurance soit rempli il est nécessaire que la somme remboursée au malade se rapproche le plus possible de celle qu'il a déboursé pour son médecin en admettant que son médecin applique les honoraires minima imposés par son syndicat. Et c'est pourquoi dans la loi nous voyons que les caisses pour établir leurs tarifs de remboursement doivent « tenir compte des tarifs syndicaux minima pratiqués dans la région ».

Mais les caisses sont également obligées et on ne saurait le leur reprocher, de tenir compte de leurs possibilités budgétaires, aussi nous nous apercevons que ce vœu de la loi est tout platonique et qu'actuellement l'assuré supporte une trop grosse part de ses frais médicaux.

« Il est d'ores et déjà certain disait le ministre du Travail dans une circulaire du 27 août 1930, qu'il est impossible pour les interventions chirurgicales et les soins de spécialités de tenter un rapprochement réel entre les prix syndicaux minima et le tarif de responsabilité des caisses, la disproportion sera de l'ordre de 3 à 1 ».

Pour essayer de diminuer la marge que paie l'assuré on a essayé d'obtenir des syndicats médicaux l'abaissement de leurs tarifs minima en faveur des assurés sociaux. Il s'y sont toujours refusés énergiquement en arguant que les honoraires fixés par ces tarifs représentent déjà les chiffres les plus faibles qui puissent être admis par des médecins consciencieux pour bien soigner leurs clients. Adop-

ter un tarif plus bas pour les assurés sociaux équivaldrait à admettre que ceux-ci doivent être moins bien soignés que les autres malades. L'opinion du Corps Médical a été résumée en ces termes par MM. Grinda et Antonelli : « Réclamer du médecin « un maximum de travail pour un minimum de salaire serait une duperie dont les assurés et le budget des caisses seraient les premières victimes ».

« Le médecin ne peut visiter et soigner attentivement qu'un nombre limité de malades ; homme de science il demeure un perpétuel étudiant qui poursuit un but désintéressé : prévenir, supprimer les maladies qui le font vivre, les guérir rapidement quand ses efforts pour les éviter ont été vains ».

Si l'on veut que les assurés puissent être soignés convenablement, ils doivent être traités exactement comme des clients payants ordinaires : « Ainsi rien « n'est changé dans l'exercice de la profession médicale. Pas de médecine « au rabais », pas de médecine « en gros, en série, cataloguée », à juste titre « si sévèrement condamnée.

« Les médecins traiteront leurs malades avec « toute leur science et tout leur dévouement. A leur « chevet, dans le silence de leur cabinet, pour étudier les cas épineux ou inquiétants, ils leur consacreront tout le temps nécessaire ».

(Rapport de MM. Grinda et Antonelli).

L'autre solution était de demander aux caisses d'élever leur tarif de responsabilité. Mais les caisses

sont solidaires entre elles et si une caisse adopte un tarif trop élevé elle risque de se trouver en déficit. Cela n'est pas indifférent à la collectivité, car le déficit doit être comblé éventuellement par la réassurance. C'est pourquoi la loi prévoit que les caisses ne peuvent faire appel à la réassurance pour les excédents de dépense résultant de l'application d'un tarif de responsabilité supérieur à un tarif spécial arrêté par le Ministre du Travail. Ce tarif a été publié au *Journal Officiel* du 23 septembre 1930, c'est ce qui est appelé le tarif de réassurance. Il est très inférieur à tous les tarifs syndicaux pratiqués actuellement. Ce tarif est de première importance puisqu'il tient sous sa dépendance par le jeu de la réassurance les tarifs arrêtés par les caisses.

Voici les chiffres prévus par ce tarif :

Consultation ou visite de médecin ou de médecin spécialiste : 12 francs ;

Dans les villes de plus de 200.000 habitants et les circonscriptions industrielles : 15 francs ;

Les chiffres ci-dessus servent de chiffres-clé pour la nomenclature de pratique médicale courante et de petite chirurgie, sauf en ce qui concerne les visites demandées le dimanche, les visites de nuit et les accouchements.

Chiffre-clé pour la nomenclature des médecins spécialistes : 8 francs ; ce chiffre-clé ne s'applique pas à la consultation ou à la visite de spécialiste pour lesquelles le tarif est le même que pour la visite de non spécialiste. Il ne s'applique pas non

plus à celles des interventions de stomatologie.

Accouchement simple : 300 francs ;

Dans les villes de plus de 200.000 habitants et les circonscriptions industrielles : 400 francs ;

Accouchement gémellaire : 400 francs ;

Dans les villes de plus de 200.000 habitants et les circonscriptions industrielles : 550 francs ;

Frais de déplacement du médecin :

Dans les villes de 100.000 habitants et au-dessus et leur banlieue : 2 francs par visite, quelle que soit la distance ;

Dans les autres villes et les campagnes : 0,75 par km. parcouru.

Majoration pour visite nécessaire le dimanche : 30 % ;

Majoration pour visite nécessaire la nuit : 100 %.

Nous publions ci-dessous le tableau des coefficients pour la pratique médicale courante, la petite chirurgie ou l'accouchement.

NOMENCLATURE ET COEFFICIENTS
POUR LA PRATIQUE MÉDICALE COURANTE
LA PETITE CHIRURGIE ET L'ACCOUCHEMENT

Numéro de nomenclature	Désignation	Coefficient
C. ou V.	Consultation simple ou avec injection sous-cutanée, injection intra-musculaire, pose de ventouses simples ou scarifiées, pointes de feu, massage	1
	(Le prix de la visite est égal à celui de la consultation, augmenté de l'indemnité de déplacement.)	
V. D.	Visite demandée le dimanche	2

Numéro de nomenclature	Désignation	Coefficient
P. C. N° 1	Injection sous-cutanée de sérum physiologique	2
—	Injection sous-cutanée de sérum antitoxique	2
—	Injection intra-veineuse médicamenteuse (autre que celle de novarsénobenzol) ..	2
—	Hémothérapie (auto ou hétéro)	2
—	Prise de sang pour Wassermann ou analogues	2
—	Ouverture d'abcès superficiel (ou d'hématome)	2
—	Grand pansement	2
—	Cathétérisme de l'urèthre	2
—	Injection intra-utérine	2
V. N.	Visite de nuit	3
P. C. N° 2	Injection intra-veineuse de novarsénobenzol	3
—	Saignée	3
—	Ponction d'abcès froid	3
—	Suture simple (1 ou 2 points)	3
—	Tamponnement des fosses nasales pour épistaxis	3
P. C. N° 3	Ponction d'hydarthrose	4
—	Ponction d'hydrocèle	4
—	Ponction lombaire	4
—	Ponction d'abcès froid avec injection modifiatrice	4
—	Très vaste pansement	4
—	Pansement intra-utérin	4
—	Extraction de corps étranger superficiel ..	4
—	Ponction d'ascite	5
—	Ouverture d'abcès profond	5
—	Réunion par suture multiple (plus de 2 points)	5
—	Réduction de hernie étranglée par taxis ..	5
—	Traitement de l'asphyxie	5
P. C. N° 4	Ponction de pleurésie (évacuatrice)	6
—	Accouchement simple (y compris 9 visites consécutives)	40
—	Accouchement gémellaire (y compris 9 visites consécutives)	60

Comme nous l'avons vu pour avoir le prix de chaque intervention : il faut multiplier le prix de la consultation par le coefficient. Ce prix de consultation

est de 12 francs en province et 15 francs dans les villes de plus de 200.000 habitants.

Tous les actes de chirurgie et de spécialités sont groupés en 15 catégories. Chacune de ces catégories est multiple d'un coefficient de base K. La valeur de K dans les tarifs syndicaux minima est de 25 francs et dans le tarif de réassurance de 8 francs. Il est prévu deux modes de paiement: soit le paiement de l'acte isolé, toute visite ou pansement consécutif étant compté en plus, soit le paiement global du traitement comprenant : le prix de l'opération et les soins et pansements pendant 20 jours. Chaque acte de la nomenclature a donc deux valeurs :

Acte isolé. $K \times N$

Prix global. $K \times N'$

TABLEAU DE LA VALEUR DES CATÉGORIES

Coefficient de base du tarif syndical : 25 fr.

Chiffre clé adopté par le tarif réassurance : 8 fr.

Catégories	Acte isolé	Prix global
1	$K \times 2 = 50 \text{ fr.}$	$K \times 4 = 100 \text{ fr.}$
2	$K \times 3 = 75 \text{ fr.}$	$K \times 6 = 150 \text{ fr.}$
3	$K \times 4 = 100 \text{ fr.}$	$K \times 8 = 200 \text{ fr.}$
4	$K \times 5 = 125 \text{ fr.}$	$K \times 10 = 250 \text{ fr.}$
5	$K \times 6 = 150 \text{ fr.}$	$K \times 12 = 300 \text{ fr.}$
6	$K \times 8 = 200 \text{ fr.}$	$K \times 16 = 400 \text{ fr.}$
7	$K \times 10 = 250 \text{ fr.}$	$K \times 20 = 500 \text{ fr.}$
8	$K \times 12 = 300 \text{ fr.}$	$K \times 24 = 600 \text{ fr.}$
9	$K \times 16 = 400 \text{ fr.}$	$K \times 32 = 800 \text{ fr.}$
10	$K \times 20 = 500 \text{ fr.}$	$K \times 40 = 1.000 \text{ fr.}$
11	$K \times 30 = 750 \text{ fr.}$	$K \times 50 = 1.250 \text{ fr.}$
12	$K \times 40 = 1.000 \text{ fr.}$	$K \times 60 = 1.500 \text{ fr.}$
13	$K \times 50 = 1.250 \text{ fr.}$	$K \times 68 = 1.700 \text{ fr.}$
14	$K \times 60 = 1.500 \text{ fr.}$	$K \times 80 = 2.000 \text{ fr.}$
15	$K \times 80 = 2.000 \text{ fr.}$	$K \times 100 = 2.500 \text{ fr.}$
16	$K \times 100 = 2.500 \text{ fr.}$	$K \times 120 = 3.000 \text{ fr.}$
17	$K \times 120 = 3.000 \text{ fr.}$	$K \times 140 = 3.500 \text{ fr.}$

Le Ticket modérateur.

Pour inciter les assurés à une certaine discrétion, on a tenu à leur faire supporter, dans tous les cas, une partie des frais médicaux. Suivant qu'ils appartiennent aux deux catégories inférieures ou aux trois autres, ils conservent à leur charge 15 ou 20 % du montant des honoraires médicaux tels que ceux-ci résultent du tarif de responsabilité de la caisse. C'est ce qu'on appelle, d'ailleurs, improprement, le « ticket modérateur ».

Le contrôle.

La loi prévoit deux sortes de contrôle :

1^o Le contrôle général qui appartient à la caisse et qui est surtout un contrôle de l'assuré;

2^o Le contrôle du médecin ou contrôle technique qui est exercé par le syndicat de médecins.

Le contrôle général a pour but de contrôler les assurés en vérifiant la réalité des maladies, la durée d'incapacité de travail et l'observation des prescriptions d'ordre général du médecin traitant (repos au lit, à la chambre, cessation du travail).

Ce contrôle est effectué par les caisses par leur personnel administratif (visiteur et dames visiteuses) et par des médecins contrôleurs. Le médecin contrôleur doit s'abstenir de toute immixtion dans le traitement des malades, il doit apprécier si l'importance des frais médicaux paraît justifiée et s'il n'y a pas d'exagération de la part du médecin traitant. S'il juge qu'il y a abus de la part du médecin traitant il doit faire provoquer par l'intermédiaire de la caisse le contrôle technique.

C'est au syndicat des médecins qui a contracté avec la caisse que revient la charge de ce contrôle

technique ; c'est-à-dire de contrôler « la façon dont les services techniques sont assurés ».

Que le médecin à contrôler fasse ou non parti du syndicat, il sera en tous les cas contrôlé par le syndicat. Ce contrôle portera sur « le nombre des visites, l'exactitude des certificats, la régularité des ordonnances ». Ce contrôle s'exerce soit spontanément au gré du syndicat de médecins, soit sur la demande de la caisse.

Nous venons d'envisager le cas où le syndicat médical a passé une convention avec la Caisse. Bien que les conventions syndicats-caisses soient signées en grand nombre, il y a encore des caisses et des syndicats qui n'ont pu se mettre d'accord. Qu'en deviendra-t-il alors du contrôle technique ?

Le contrôle doit-il être exercé par le médecin contrôleur de la caisse.

Cette opinion a été soutenue par certains ; les caisses qui n'ont pas contracté chercheront sans doute à s'en prévaloir. Elle nous paraît cependant appeler quelques réserves : la caisse pourra peut-être faire contrôler les médecins qui ne s'y opposeront pas ; mais il est infiniment probable que presque tous s'y refuseront formellement. Pourra-t-on, pour cette seule raison, leur interdire de soigner les membres de la caisse ? Nous ne le pensons pas, car nulle part la loi n'autorise les caisses à soumettre les médecins à des mesures d'instruction. On peut remarquer en outre que ce serait porter atteinte au principe du libre choix.

Le contrôle technique par le syndicat médical étant une pierre de voûte du fonctionnement sans abus et sans réclamation de la part du corps médical de la loi, il est à souhaiter que rapidement une solution soit adoptée.

Les sanctions.

Les sanctions pénales prévues par la loi.

La loi prévoit des peines contre les fraudeurs : l'article 65 punit « d'une amende de 16 à 500 francs quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir, ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, s'il y échet ».

D'autre part, l'article 67, § 3, dispose que « les médecins, chirurgiens, sages-femmes et pharmaciens peuvent être exclus des services de l'assurance en cas de fausse déclaration intentionnelle. S'ils sont coupables de collusion avec les assurés, ils sont passibles en outre, d'une amende de 100 à 2.000 fr. et d'un emprisonnement de six jours à trois mois, ou de l'une de ces deux peines seulement sans préjudice de plus fortes peines, s'il y échet ».

Les sanctions corporatives édictées par les syndicats.

Le Conseil de Famille syndical.

De tout temps, les syndicats de praticiens ont édicté des sanctions disciplinaires contre ceux de leurs membres contrevenant à certaines dispositions du pacte syndical. Ils ont eu l'idée d'étendre ces

sanctions à la répression des abus, commis en matière d'assurances sociales, et dont le contrôle leur incombe aux termes de l'article 7 de la loi.

Pour assurer l'efficacité des sanctions prises, les médecins ont fait insérer dans la convention type une clause ainsi conçue :

« De son côté la caisse déclare avoir connaissance des statuts du syndicat, et elle s'engage à donner effet, pour ce qui la concerne, lorsqu'elles seront devenues définitives, aux sanctions prises par le syndicat, conformément aux dits statuts à l'encontre de tout médecin ayant adhéré à la présente convention ».

Les sanctions qui seront prises par le conseil de famille seront suivant la gravité du délit.

1^o L'avertissement avec ou sans communication à la Caisse ;

2^o Le blâme ;

3^o L'amende ;

4^o L'exclusion temporaire ou définitive de la participation au traitement des assurés.

On peut se demander comment seront appliquées les sanctions prises.

Il est évident que le conseil de famille ne peut empêcher un médecin de soigner les assurés sociaux, mais il peut prévenir la caisse de la sanction qui a été prise vis-à-vis de tel ou tel médecin et l'obliger à prévenir ses assurés qu'elle ne remboursera plus les prestations sur présentation des feuilles de maladie signées par le médecin désigné. On peut alors

évoluer le poids de la sanction prise par le Conseil de famille qui peut ainsi enlever à un médecin près de la moitié de sa clientèle moyenne que représente à peu près les assurés sociaux dans une clientèle ordinaire.

Les sanctions prises par le conseil de famille ne sont pas définitives ; la convention-type prévoit qu'elles sont toujours susceptibles d'appel « devant
« un conseil de famille national institué auprès de la
« Confédération des syndicats médicaux et, en der-
« nier ressort, devant une Commission arbitrale de
« trois membres nommés pour un an par le Conseil
« supérieur des assurances sociales, dont deux choi-
« sis dans le sein du dit Conseil, l'un parmi les repré-
« sentants des caisses primaires, l'autre parmi les
« délégués des groupements professionnels de mé-
« decins, le troisième ne pouvant être, ni un repré-
« sentant des caisses, ni un praticien, ni un four-
« nisseur des caisses ». Le droit d'appel appartient, non seulement au médecin intéressé, mais aussi à la caisse.

L'hospitalisation.

Avant la loi des assurances sociales, nombreux étaient les malades maintenant assurés sociaux qui ne pouvant supporter chez eux les frais d'une maladie se faisaient soigner dans les établissements hospitaliers. Les indemnités qu'ils recevront maintenant, leur permettront souvent de se soigner dans

leur famille. Il est bien évident cependant que pour des affections longues et graves un grand nombre d'assurés sociaux iront encore à l'hôpital ; et il est fort heureux qu'il en soit ainsi, quand on considère le rôle primordial que doit jouer l'hôpital dans la formation du futur médecin. Les études médicales françaises où l'enseignement hospitalier à une place dès le début si considérable ont fait suffisamment leurs preuves par la renommée de la médecine française, et la loi des assurances sociales se serait condamnée elle-même si elle avait dû jeter à terre notre organisation d'enseignement médical que plus d'un étranger envie à la France,

Quels seront les droits et la situation de l'assuré social à l'hôpital ? Nous allons essayer de les définir.

De même que nous avons vu qu'il avait été établi des projets types de convention syndicat-caisse, il a été établi des projets-types de convention hôpital-caisse. Nous verrons que si dans l'ensemble ces conventions ont rencontré, surtout en province, plus de difficultés pour être signées que les conventions syndicat-caisse, un certain nombre sont cependant déjà signées.

Une convention a été signée entre les caisses et l'assistance publique de la Seine qui fixe la situation des assurés dans les hôpitaux de Paris. Comme la convention-type elle prévoit que « les assurés sociaux seront dans les hôpitaux admis et traités comme les autres malades » ce qui comporte évidemment que seul le corps médical hospitalier don-

nera ses soins aux assurés sociaux hospitalisés.

Mais si dans les hôpitaux les assurés sociaux sont traités comme les autres malades, pour les médecins ils en diffèrent cependant sur un point : le corps médical hospitalier a en effet pour les soins qu'il leur donne droit à des honoraires. Jusqu'ici le corps médical hospitalier ne touchait jamais d'honoraires à l'hôpital quelle que soit la situation matérielle du malade traité. Ces honoraires seront décomptés forfaitairement par journée de maladie et versés par la caisse à l'administration agissant pour le compte du corps médical hospitalier.

Le tarif de responsabilité des caisses pour les frais d'hospitalisation est par journée d'hôpital, abstraction faite des honoraires médicaux, de 13 et 20 francs en médecine pour les villes de moins ou plus de 200.000 habitants et 16 et 24 francs en chirurgie.

La différence entre le prix de journée à l'hôpital et le tarif de la caisse est supportée par l'assuré.

Quant aux honoraires médicaux à l'hôpital ils sont fixés à 4 francs par journée d'hospitalisation dans les hôpitaux publics des villes d'enseignement. Dans les autres hôpitaux publics ou dans les cliniques ayant passé contrat avec les caisses, les tarifs de responsabilité sont aussi de 4 francs par journée d'hospitalisation. Dans le cas d'intervention forfaitaire on applique le chiffre clé 3 francs à la nomenclature des spécialistes.

Ces dispositions suscitèrent de vives protestations

de la part du corps médical, principalement de la part des chirurgiens et des spécialistes.

Ne pouvant obtenir le régime de l'entente directe pour tous les assurés, la Confédération des syndicats médicaux demanda qu'au moins une discrimination fut faite entre les catégories, « soit que la cinquième catégorie au moins, fut soumise à la règle de l'entente directe dans les hôpitaux publics ; soit que les malades de la cinquième catégorie au moins ne puissent être traités dans les salles communes des dits hôpitaux ».

Le ministre du Travail finit par apporter certains tempéraments aux règles qu'il avait édictées tout d'abord : par une lettre adressée le 17 décembre 1930 à la Confédération des syndicats médicaux, il déclarait :

« Je ne repousse pas, pour les hôpitaux autres que ceux des villes de faculté, l'idée de faire varier le chiffre-clé des honoraires chirurgicaux à l'hôpital d'après la catégorie de l'assuré, à condition :

a) Que la dépense totale résultant pour la caisse du barème établi n'excède pas celle qui résulterait de l'application uniforme à toutes les catégories du chiffre-clé de 3 francs prévu par le tarif de réassurance ;

- b) Que le chiffre-clé de 8 francs ne soit pas dépassé pour la cinquième catégorie .

« J'accepte en outre que, dans les mêmes hôpitaux, le chirurgien ou le spécialiste de l'hôpital puisse s'entendre librement avec l'assuré de la cin-

quième catégorie par un complément d'honoraires, à condition :

« a) Que cette clause soit admise par la commission administrative de l'hôpital et la caisse d'assurances sociales et inscrite dans la convention hospitalière ;

« b) Que le total des honoraires perçus, tant sur la caisse que sur l'assuré, n'excède pas le chiffre résultant de l'application à la nomenclature du chiffre-clé de 12 francs ».

Mais la question n'est pas définitivement tranchée. La solution offerte par le ministre ne pourra être d'une application ni facile ni généralisée ; le corps médical, pour sa part, ne l'a acceptée provisoirement que comme un pis aller. Un ordre du jour voté par l'Assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux en date du 21 décembre 1930 formule l'avis des médecins.

L'Assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux français,

« ayant pris acte des modalités nouvelles proposées pour le règlement de la question hospitalière,

« considérant d'autre part, que les médecins et chirurgiens des hôpitaux bénéficient de par leurs situations spéciales d'avantages moraux et professionnels,

« déclare que l'étude s'impose dans un but de simplification et de justice, de réduire, pour l'hôpital public, les catégories des assurés sociaux à deux :

« 1° Les indigents ou privés de ressources, pour lesquels le corps médical est prêt à envisager la gratuité complète des soins ;

« 2° Les autres assurés, pour lesquels l'entente directe avec le libre choix partout où il sera possible doit être reconnue comme la seule modalité équitable ».

Premiers résultats du fonctionnement de la loi.

Comme nous l'avons fait prévoir au début de cette étude il ne nous est actuellement pas possible de porter un jugement d'ensemble sur le fonctionnement des assurances sociales. Trop d'éléments de jugement manquent encore, il faudra pour cela dépouiller des milliers de feuilles de maladies, réunir et confronter les résultats des Caisses disséminées dans tout le pays et un recul de bien des mois est encore nécessaire avant que soit terminé ce travail. Cependant, on nous avait fait prévoir de toutes parts que la loi des assurances sociales, appelée en la circonstance « loi folle, fallacieuse, inhumaine » trouverait dès son application les oppositions les plus irréductibles et déterminerait les catastrophes économiques les plus graves. Loin est de notre but et de notre compétence de tenir le rôle d'avocat de la loi, mais qu'il nous soit permis d'interpréter en toute objectivité nos impressions.

La loi dans l'ensemble a été beaucoup mieux accueillie par les assurés qu'on ne pouvait le prévoir et si actuellement certains salariés ne sont pas encore assurés, ces cas se présentent surtout dans la caté-

gorie des gens de maison et la responsabilité en vient à leurs patrons qui pêchent plus par ignorance que par esprit d'opposition systématique à la loi.

Certes il y a eu certaines désillusions dans les milieux ouvriers, qui pensaient pour la plupart ; que comme pour les accidents de travail, étant assuré social ils n'auraient personnellement plus rien à payer à leur médecin. Mais l'éducation ouvrière s'est rapidement faite et si au début beaucoup ne voulaient pas se donner la peine de se mettre en règle administrativement pour toucher leurs prestations, on peut considérer que maintenant, tous ceux qui y ont droit en bénéficient. Cette constatation explique pourquoi dans les premiers mois et surtout dans le trimestre octobre, novembre, décembre 1930, les Caisses ont été en présence de plus values considérables. Le nombre des cotisants a presque en effet atteint dès le début son maximum alors que les assurés malades qui demandaient à bénéficier de la loi, peu encore connue, furent rares. Dans le premier trimestre de 1931 si les plus values des Caisses sont encore très sensibles elles vont cependant en décroissant. Depuis avril 1931, sans pouvoir donner aucune précision, il semblerait qu'il s'installe un certain équilibre entre les cotisations et les déboursments des caisses. Les conditions économiques présentes, déterminant le chômage, portèrent évidemment un gros préjudice à la prospérité des caisses. Le chômeur ne paie plus en effet ses cotisations et essaiera pour l'affection la plus bénigne de

se faire reconnaître malade pour toucher le demi-salaire de l'assurance-maladie.

Du côté médical qu'elles ont été les réactions à l'application de la loi ? A une grosse majorité, les médecins avaient accepté de collaborer loyalement à la loi. Ont-ils été déçus ?

D'après les impressions que nous avons pu recueillir de praticiens ayant dans leur clientèle une grosse proportion d'assurés sociaux, il semble que les médecins de médecine générale qui appliquent les honoraires syndicaux minima aient plutôt à se féliciter du fonctionnement de la loi, celle-ci généralise en effet le paiement comptant et détourne de l'hôpital un certain nombre de malades qui se font soigner chez eux afin de bénéficier du demi salaire. Au contraire, pour les chirurgiens et les spécialistes la différence est trop considérable entre les tarifs syndicaux et les tarifs de réassurance pour que les assurés sociaux puissent se faire soigner en dehors des centres hospitaliser.

Le corps médical a-t-il à se plaindre particulièrement des caisses. Il semble que non, la preuve en est dans les nombreuses conventions syndicats, caisses qui ont déjà été signées et dont nous publions la liste ci dessous par département.

Ain, Aisne, Basses-Alpes, Hautes-Alpes, Ardèche, Aube, Aude, Bouches-du-Rhône, Eure, Eure-et-Loir, Finistère, Haute-Garonne, Indre-et-Loire, Isère, Loir-et-Cher, Loire, Loiret, Lot-et-Garonne, Nièvre, Orne, Pyrénées-Orientales, Territoire de Belfort,

Rhône, Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne, Tarn, Var, Vendée, Vienne.

Ce qui est toujours à craindre pour le corps médical c'est la création de centres de diagnostic et de traitement fondés par les caisses. Pour en avoir le contrôle le corps médical a fait heureusement préciser dans la loi que ces centres devraient être acceptés par le syndicat local. Or, il semble que les caisses essaient de tourner cette restriction en traitant avec des mutualités qui elles ont conservé leurs statuts et qui ont le droit d'avoir des dispensaires avec des médecins payés à forfait.

Heureusement un des résultats, et non des moindres, des assurances sociales est le besoin d'union qu'a ressenti le corps médical quand il a vu apparaître le spectre de l'étatisation de sa profession. Et actuellement uni et averti, nous pensons qu'il saura empêcher toute tentative faite pour fausser l'esprit de la Loi. Depuis décembre 1928 où fut créée la Confédération des syndicats médicaux de France la puissance du syndicalisme médical n'a fait que s'accroître. Le médecin s'est en effet rendu compte que dans la vie sociale actuelle, toujours placé entre des coalitions de puissants intérêts, il lui fallait, pour ne pas voir s'établir à ses dépens toutes les améliorations sociales, se grouper et s'organiser à son tour.

La loi des assurances sociales en remettant au syndicat médical la charge du contrôle technique, en attribuant aux conseils de famille syndicaux des

pouvoirs de véritables tribunaux, donnent maintenant aux syndicats une autorité incontestable. Et à notre avis l'évolution de l'organisation de la profession médicale ne peut s'arrêter là, ce stade n'est qu'une étape, qu'on le veuille ou non nous nous acheminons vers l'ordre des médecins. Et cette réglementation de notre profession sera une des conséquences, indirecte certes, mais conséquence immédiate, de la Loi des Assurances sociales.

CONCLUSIONS

Au cours de cette étude nous nous sommes efforcés de rechercher dans la foule des textes législatifs réglementaires ou administratifs, les principes essentiels pour les mettre en lumière. Nous n'en avons à dessein retenu que ce qui pouvait nous permettre de donner une idée des questions posées par l'application médicale des assurances sociales. Nous avons essayé de montrer le mécanisme souvent compliqué des prestations et des rapports des médecins avec les Caisses. Il nous reste à tirer quelques conclusions.

L'édifice ainsi construit, péniblement élevé au milieu des controverses souvent passionnées, a du moins un mérite : celui d'exister. Les textes que nous avons cités ou analysés, les administrations organisées, les caisses constituées, les nombreuses commissions créées, les conventions passées, les tarifs mis sur pied, les contrôles institués, tout

cela représente un effort considérable qu'on est bien obligé de reconnaître.

Nous avons précisé les points où l'attention du corps médical doit être encore particulièrement vigilante. Nous avons montré que les premières impressions recueillies auprès des médecins après cette année de fonctionnement de la loi n'étaient pas trop défavorables.

D'autre part, il nous semble que la loi n'ait pas donné au point de vue social, ce qu'on attendait de la grande idée généreuse qui l'anime. Le travailleur assuré est-il maintenant à l'abri des risques dont la menace domine son existence ? Que dans une famille survienne au père une maladie grave et longue, n'entraînera-t-elle pas la misère comme avant l'application de l'assurance-maladie ? La part des frais médicaux laissée à la charge de l'assuré est trop lourde. Alors qu'à Paris le médecin lui demandera 30 francs à chaque visite, l'assuré ne sera remboursé que d'un peu plus de 13 francs, additionnée à sa part de frais pharmaceutiques, sa part de frais médicaux sera souvent plus forte que l'indemnité que touchera l'assuré au titre des prestations en espèce.

Les syndicats médicaux ont été à la limite des concessions possibles dans la fixation de leurs tarifs. Les caisses peuvent-elles augmenter leur tarif de responsabilité ? On ne peut que les féliciter de la prudence de leurs gestions en ayant au début fixé des chiffres très bas. L'expérience prouve qu'ainsi

la loi ne touche pas son but. Aussi augmenter le tarif de responsabilité des caisses, quitte à augmenter leurs recettes, nous semble indispensable pour que l'assurance contre la maladie existe véritablement en fait et non seulement en principe.

Vu : le Président de la thèse,
BALTHAZARD.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Coureau (R.)*. — Les assurances dans les industries d'Alsace et de Lorraine (Imprimerie strasbourgeoise, mars 1929).
- Chauveau (Docteur.)*. — Loi sur les assurances sociales. Commentaire juridique financier et administratif (Librairie générale de droit et jurisprudence, 1928).
- Picard (Roger)*. — Les assurances sociales. Commentaires de la loi du 5 avril 1928 (Librairie des juris classeurs, 1928).
- Bureau International du Travail* — Assurance maladie obligatoire. Analyse comparative des législations nationales et des résultats de leurs applications. (Publication du Bureau international du Travail, 1928).
- Solus (H.)*. — Qu'est-ce que les assurances sociales ? Guide pratique et annoté de la loi du 5 avril 1928 (Sirey, 1929).
- Hubert (René.) et Leproust (René.)*. — Les assurances sociales, t. I, la mise en application (Dalloz 1929).
- Liceti (E. Docteur.)*. — Les méfaits des assurances sociales en Allemagne et les moyens d'y remédier. (Payot, février 1929).
- Tessier (Gaston.)*. — En face des assurances sociales (Spes. 1929).
- Antonelli (E.)*. — Guide pratique des assurances sociales (Payot 1929).
- Guérin (Docteur.)*. — L'État contre le médecin (Thèse Faculté de médecine de Paris, 1929).
- Viel (François.)*. — Traité pratique des assurances sociales (Edition de la Revue de droit fiscal et commercial, 1930).
- Cibrie (Docteur.) et Hilaire*. — Assurances sociales et assurance maladie. Guide pratique à l'usage des médecins et des syndicats médicaux (Editée par la Confédération des syndicats médicaux, 1930).
- Crouzon (Docteur.)*. — Les assurances sociales. (Massa, 1930).
- Lobel (Robert de.)*. — Application médicale des assurances sociales (Thèse faculté de droit, 1931).

REVUES

Revue générale des assurances sociales et des accidents du travail. Journal des assurances sociales.

Le Moniteur des assurances sociales.

Bulletin de la Fédération Nationale des syndicats médicaux de France.

Le médecin syndicaliste.

Le médecin de France.

Le concours médical.

La presse médicale.

Bulletin du syndicat médical de Paris.

